

# 米国の病院・医療機関による 地域貢献の歴史的・社会的変遷 ——地域経済振興策からの一考察——

中村 晃司\*

## Social and Historical Transition of Community Contribution led by Hospitals and Medical Institutions in the US : A Study of Regional Economic Development Strategy

Koji NAKAMURA

**要旨：**本稿では、米国の非営利病院に与えられた免税資格要件である地域貢献の社会的・歴史的変遷を分析し、その成果と課題を考察した。その結果、非営利病院は、貧困者への診療費免除・減免等を地域貢献としてきたこと、2010年の「オバマケア」導入で、地域の総合的な健康促進が免税要件に加わり、病院の経済的活動・資産を用いた経済振興による地域貢献に期待がかかるも、成果は現れていないことが明らかとなった。

### Abstract :

Over the past two decades, in the US, fruitful practices called “Anchor Institution Strategies” have been conducted regarding how to leverage the economic power of nonprofit hospitals to generate community development. While the nonprofit hospitals that were granted tax exemption for federal taxes since the 1950s, they are subject to obligate community contribution called “community benefits requirement.” After the establishment of “Obama Care” in 2010, a nonprofit hospital is an actor that strategically implements comprehensive health promotion of the local community. It is also a requirement to maintain tax exemption status for the nonprofit hospital. This paper examines the historical and social transition of community contribution especially by non-profit hospitals whose main mission is to provide clinical services should promote community development efforts through their economic activities such as hiring, procurement, and real-estate development.

**キーワード：**地域貢献、Anchor Institution、非営利組織

### 1. はじめに

米国では、2000年代半ばから地域に密着する大学や病院などの非営利機関が中心になったコミ

ュニティ開発が注目を集めている。ときに、地域における最大規模の雇用を抱える大学や病院がもたらす財・サービスの購入、インフラ・住環境の整備などの経済活動を梃にした地域経済振興策

---

\*関西学院大学大学院国際学研究科国際学専攻博士課程後期課程3年

は、「Anchor Institution (AI) 戦略」として定着を見せ、理論化も進展している。

病院・医療機関の使命は、第一に良質な医療サービスの提供である。1950年代以降、連邦税、地方税の免税資格が与えられた非営利病院に対しては、税制度の定めた地域貢献の義務に課せられており、内容はその時々々の社会情勢に強く影響を受けている。近年、人間の健康状態や健康寿命の差は、ライフスタイルや生活環境、保健医療の違いなど、社会、経済、政治、環境などの条件に影響されることが国際的に認識されている (WHO 2008)。さらに2010年の「オバマケア」成立を境に、非営利病院は地域コミュニティの総合的な健康増進を戦略的に実施するアクターであり、病院の経済活動から生まれる資産・資源を経済振興、コミュニティ再生に活用することが、免税資格を維持するための要件となっている (IRS 2014)。

本論では、非営利病院による地域貢献として、近年 AI 戦略の活用にも通じる経済振興、コミュニティ開発への取組みが期待されるようになる社会的、歴史的経緯について分析し、これまでの地域貢献の成果及び課題・問題点の考察を行う。

## 2. 研究の背景

米国では20世紀後半から経済を牽引してきた北部の伝統的な工業都市では重工業が衰退する一方で、南部のカリフォルニアからノースカロライナにいたる北緯37度以南に広がる地域では情報通信、航空機、エレクトロニクス関連の新しい産業集積地域が発展した。いわゆる、サンベルトの発展とスノーベルトの衰退という現象をもたらした。国家経済に全体に占める第二次産業の比重は低下し、第三次産業と中心としたサービス経済が中心となる産業構造へと変貌を遂げた (矢ヶ崎 1990; 菅野 2009)。

なかでも、大学、病院等の非営利団体、地方自治体、動物園、博物館といった文化施設、大規模の財団等は、多くの場合、地域最大の雇用主であ

り、地域経済を牽引する重要な存在となっている。これらの機関は民間企業とは異なり、一旦立地すると地域に根差し移転することが稀な存在である。加えて、経済・社会状況、投資された資本量などに関係なく、地域社会との強い繋がりをもつ。いち早くこの特徴を認識し、大学が有するあらゆる資源を投入して、地域社会との連携をもとに荒廃したインナーシティ内に存在するキャンパス周辺地域のコミュニティ再生を目指したのがフィラデルフィア市におけるペンシルベニア大学の取組 (West Philadelphia Initiative) である<sup>1)</sup>。

1997年から始まったペンシルベニア大学による取組は、この戦略を大学のミッションとして取り入れた全米各地の大学にも広がりを見せる。2000年代初頭からは、大学に留まらず、病院・医療機関、文化施設、民間財団等を中核に据えた AI 戦略と称される地域経済振興の実践と理論化が始まった (Harkavy et al. 2014; Anchor Institutions Task Force 2015)。特に巨大な経済規模を有する病院に対する期待は大変高く、1999年の時点において、大学と病院・医療機関は、地域経済振興、コミュニティ再生の主役となり得る「隠れた資産 (Hidden Asset)」と評されていた。人口の多い上位20都市における民間企業・団体の雇用者数の35%は、大学・病院に属しているという調査結果をもとに、いわゆる「Eds と Meds」は、地域における力強い経済のエンジンであり、地域を健康にする存在と期待された (Harkavy et al. 1999)。さらに、主要都市で発生したインナーシティ問題解決の一手段として、産業クラスター理論で著名なポーター (Michel Porter) が、大学や病院のポテンシャルを高く評価したことも注目を集める一助となった (Porter 1995; ICIC et al. 2006)。

伝統的な重工業から医療産業への転換とインナーシティの解決を目指したクリーブランド市やデトロイト市における病院、医療機関を中心としたコミュニティ再生、地域経済振興策の代表的な成

1) 2000年代初頭からは、同大学の成功を範としてシラキュース、アリゾナ、シンシナティなどが相次いで大学を中心 (Anchor) とした、地域社会と連携したコミュニティ再生、地域経済振興を実行に移している。CEOs for Cities (2015) に詳しく事例が紹介されている。

功事例として知られている<sup>2)</sup>。

### 3. 問題意識と本稿の構成

大学や病院などの大規模非営利機関の経済活動や資産を梃とした地域経済振興、コミュニティ再生戦略は、過去の事例から有効な施策として一定の評価を得ている。このような背景にあって、病院のほうが大学を中心とした地域経済振興、コミュニティ再生などの地域との繋がりが少ないとの指摘がある。その要因として、病院、特に非営利病院は、連邦税の免税資格の対価として地域貢献の義務化されていることが、影響しているものと考えられる。

非営利病院による地域貢献の義務は、制度導入当初は、貧困者に対する医療費支援という経済的支援であったものが、近年では、病院が地域の健康問題、健康格差を解決のための諸活動に対する支出へと要件が変化している。

そこで本稿では、免税措置を受ける非営利病院に求められる経済的な地域貢献の変遷について、非営利病院への免税措置制度の社会的、歴史的な視点から分析する。そのうえで、病院がAI戦略に通じる地域経済振興、健康な地域コミュニティ形成を担うための問題点、課題を明らかにする。

以降、本稿における非営利病院とは、特に断りのある場合を除き「内国歳入法典 (Internal Revenue Code)」第26巻501条(c)(3)項に適格な公益増進団体「パブリック・チャリティ (Public Charity)」として、連邦税の免税資格を得ている機関として表記する。

### 4. 病院による地域貢献の社会的変遷

本節は、免税措置を受ける非営利病院に期待される経済的な地域貢献について、社会状況、制度の変遷を中心に整理する。特に、病院が地域の中心となり、健康なコミュニティ開発を担う地域貢献を期待されるにいたった背景、経緯を明らかにする。

#### ①病院セクターの経済規模と存在感

本項では、近年最大規模の産業へと成長を遂げている米国の保健医療セクターの経済規模について概観しておく。2015年の米国疾病予防管理センター (Centers for Disease Control and Prevention's, CDC) の統計によると、全米の総保健医療支出は3.2兆ドル、対国内総生産 (GDP) 比が17.8%と非常に高い。1970年の比率が6.9%であったことと比較すると、米国全体の経済成長が鈍化しているなか、保健医療セクターの拡大傾向は際立っている。なかでも、保健医療総支出に占める病院の支出は1.3兆ドル、対保健医療総支出比32.3%となっている (National Center for Health Statistics 2017, p.317)。別の調査によると、2009年に発生したリーマンショックにより、米国は1929年の世界大恐慌以来の経済危機の影響下にあった。にもかかわらず、病院セクターは、約3,420億ドルの財・サービスを調達し、月平均24,000人の雇用を拡大したという (American Health Association 2014)。

米国における登録病院数の推移を表1に示す。2017年は5,564施設、病床数約90万床、このうち急性期病院 (Short Term Hospital) を含むコミュニティ病院 (Community Hospital) 4,862、長期病院 (Long Term Hospital) 75施設である。コミュニティ病院を開設者別に見ると、民間非営利2,854、民間営利1,034、州・郡・市立が983施設となっている。コミュニティ病院数は、緩やかな減少傾向にあるが、2010年以降民間営利病院数が僅かながら増加傾向に転じている。とはいえ、民間非営利病院は、コミュニティ病院全施設数の約6割を占める支柱であり、米国における総病床数の7割近くを占めている (表1参照)。

いずれにしても、地域における民間非営利病院の経済的な影響力は非常に大きいことは疑いの余地はない。善意の非営利団体 (Charitable Non-profit) のなかで、大学、病院が有する経済規模、資産規模は非常に大きい。Zuckerman (2013, pp.1; 126) によれば、全米の大学が保有する基

2) クリーブランドについては、クリーブランド財団 (The Cleveland Foundation) を中心とした取組み「Greater University Initiative」がAI戦略を取り入れている。

表1 地域病院（Community Hospitals）数の推移

病院数	1975 年	1980 年	1990 年	2000 年	2005 年	2010 年	2017 年
合計	5,875	5,830	5,384	4,915	4,936	4,985	4,862
民間非営利病院	3,339	3,322	3,191	3,003	2,958	2,904	2,854
民間営利病院	775	730	749	749	868	1,013	1,034
州・郡・市立病院	1,761	1,778	1,110	1,163	1,110	1,068	983

出典：1975～2010 年は CDC の統計資料、2017 年の数値は AHA（2015）から筆者が作成

金（Endowment）の総額は4,000億ドル、運営に伴う支出総額は年間3,500億ドルを超え、約400万人の従業員を抱えている。他方、非営利病院全体の経済効果は大学よりも更に大きく、従業員数約540万人、支出総額年間6,750億ドル、毎年3,400億ドル強の財・サービスを調達している。全非営利団体の収入合計の約4割、総資産の25%は、病院が占めている。

## ②大規模非営利機関の経済力を梃とした地域経済、コミュニティ振興策の萌芽

1990年代半ば以降、連邦政府による直接的な地域支援に関する施策が減少してきたこともあり、その代替として、地域に根差す大学、病院といった非営利機関が中心的な当事者となり、地域社会や地方政府と連携してコミュニティ形成、地域経済振興に取組む重要性が高まった<sup>3)</sup>。大規模な非営利機関は、立地するコミュニティだけでなく、影響を及ぼす周辺の地域社会が抱える社会、経済的な課題を解決する当事者として、まちづくり、雇用、資金提供等の機能を備える。この機能が注目を集めている。そのきっかけとなったのが、1997年から実施されているペンシルベニア大学を中心とした産学官連携による地域経済再生、コミュニティ再生プログラム「West Philadelphia Initiatives」の成功である。同プログラムの詳細については他稿に譲るとして、以降、地域の大学を中心に、単に地域経済の興隆を目指すのではなく、異なるタイプのさまざまな性格の大学を

機軸とした地域振興のあり方が示されている。これらの大学や病院を中心とした地域経済振興、コミュニティ再生の手法は、AI戦略と称される。近年は、AI戦略の理論化も進み、Taylor et al.によると、Anchor Institutionとは、「2000年代に提唱された新しい考え方で、地域の社会的問題、より民主的かつ公平公正な社会づくりの役割を担う地元に着目した機関」であるとしている。その機能は「シンクタンク的で、長期戦略に基づく開発とAIの主要な役割として経済とコミュニティ開発の事例を作ること」とされる。AI戦略は、地域、コミュニティ再生という目標を達成するために、雇用促進、企業支援、財・サービスの調達活動、不動産開発、コミュニティ開発、労働力の育成による経済活性化から、周辺住環境の整備、健康な地域づくり促進等、広範囲にわたる効能を求めて民主的にコミュニティ開発を進めていくプログラムとされる。具体的にどのような組織がAIとしてのポテンシャルをもつのか。同じく、Taylor et al. は、その特徴を下記のとおりまとめている（Taylor et al. 2013）。

- 地域に根付き、容易に移転しないキャピタルである。
- 通常、主だった都市部で最大の雇用者を抱える。
- 地域経済のエンジンとして、多くの雇用を抱え、多くの財・サービスを購入する。
- 周辺のコミュニティへの便益をもたらして

3) 一時は「象牙の塔」と揶揄され、社会との関係を閉ざしてしていた大学自身もまた、教育、研究に次ぐ、第三の役割である社会貢献が地域の一員としての責務であること。また、100年以上前に設立されたランドグラント大学の誕生から続く、多様な「社会のニーズ」に応える存在であることを再認識した。

いる。

- ・通常公的な存在か、非営利法人格を有している。

医療産業クラスター都市として世界的に著名なクリーブランド市や医療産業を都市再生の中心に位置づけているデトロイト市の取組事例は、少なからずペンシルベニア大学の成功事例に影響を受けている。両都市の主要病院は、AI 戦略を病院の使命、ミッションとして位置づけている。地域経済のエンジンとして、地域に根差したコミュニティ再生戦略の触媒役としての自覚を持つ。病院は、地方政府、民間企業、民間財団、NPO と連携し、地元企業からの財・サービスの調達強化、調達先の多様性の確保、地元の労働力と雇用の促進、地域の民間企業の投資、住宅市場を刺激する不動産開発、低所得者層向けの住宅開発などを連携して実施することで、健康、健全なコミュニティ開発を進めている<sup>4)</sup>。

### ③インナーシティ問題解決に向けた病院の役割

産業クラスター論に基づく経済開発の潮流を作り出したハーバード大学ビジネススクールのポーターが近年注力を注いでいるのが、中心市街地の衰退による失業率、貧困率、犯罪率の上昇などの「インナーシティ (Inner City)」問題を AI 戦略で解決しようとする試みである。ポーターは、1994 年に全国規模の NPO 「Initiative for a Competitive Inner City (ICIC)」を設立して、民間セクターによる投資を通じて、インナーシティ内に住民の雇用創出、所得向上、富と健康の創造を目指している<sup>5)</sup>。

2011 年の ICIC の調査によると、大規模病院の 15 病院に 1 病院がインナーシティ内に位置している。これらの病院は合計すると年間 1,300 億ドル以上の支出がある。米国内の貧困率の高い都市

において、病院は大変重要な役割を果たすポテンシャルを持つ。2007 年に人口 25 万人以上の貧困率の高い上位 26 都市を対象に調査したところ、病院はもっとも貧困な 10 都市中 5 都市 (デトロイト、クリーブランド、バッファロー、エルパソ、メンフィス、マイアミ、ミルウォーキー、ニューアーク、フィラデルフィア、シンシナティ) で、26 都市全体では 8 都市で最大の雇用を抱え、26 都市中 25 都市において、雇用者数が上位 5 番内に入っている<sup>6)</sup>。

高い失業率、未曾有の経済問題に直面している都市では、AI が有する資産や経済力がもたらす格差は、時として地域住民の恨みを買い、AI は地域経済にとって重要な存在ではない、との考えを助長する可能性もある。とはいえ、大規模病院が AI 戦略を取り入れることにより、地域における良質の医療サービスの提供と同時に、経済活動をインナーシティ問題の解決に役立て、健康かつ健全なコミュニティ形成に活かすことが、ICIC の目指すところである。

ここで、1990 年半ばから、全米各所、特にインナーシティ問題を抱える都市の病院において、コミュニティと経済発展の両方を目指す取組が進められている。下記いくつかの事例を紹介しておく。

**土地信託と民間投資促進：**ミネソタ州ロチェスターのメイヨークリニックでは、約 700 万ドル土地信託に拠出し、875 件の高機能な低所得者層向けの住宅を開設し、360 万ドルの民間企業からの投資を生み出している<sup>7)</sup>。

**労働者開発と雇用促進：**ボストンのマサチューセッツ総合病院とブリガム女性病院の運営法人 (Partner Healthcare) が、コミュニティ健康向上を目的とした労働力開発を行っている。病院勤務を目的とした基本、中級レベルの職業訓練コースを提供しており、およそ 400 名の参加者のうち 9 割

4) Axelroth et al. (2010) pp.28-31 参照。

5) ICIC Web サイト <http://icic.org/about/> 参照

6) 11 位からの次のとおり (※病院が最大雇用者の都市)。※トレド、セントルイス、フレズノ、アトランタ、ダラス、※ピッツバーグ、コロンバス、ヒューストン、シカゴ、ミネアポリス、※ボストン、ボルチモア、タルサ、※セントポール、コーバスクリスティ、ニューヨーク市。ちなみに、2007 年時点の貧困率 1 位デトロイトは 33.8%、26 位のニューヨーク市は 18.5% であった。詳細は、Mckee (2011) p.11 を参照。

7) Zuckerman (2013) p.60 参照。

が就職に至っている<sup>8)</sup>。

**低金利ローンの提供：**サンフランシスコを基盤とするディグニティヘルス（前カトリックヘルスケア）は、健康の増進と生活の質（Quality of Life, QOL）に取り組む地域の非営利団体に対して、合計 133 万ドル分の市場金利以下のローンを提供している<sup>9)</sup>。

#### ④健康問題、健康格差の解消と病院の新たな使命

20 世紀の後半に入ると、人間の健康状態や健康寿命の差は、ライフスタイルや環境、保健医療の違いなどによって起きるが、これらを決定しているのは、社会的、経済的、政治的、環境的な要因であることが国際社会で広く認められるようになった。乳幼児期の育育環境、教育、労働・雇用条件、老年期の生活環境、コミュニティなどの資源の差で健康格差ができることは、本人の責任ではなく、社会が引き起こしている不公平であるとする。このような格差を生み出す要因は「健康の社会的決定要因」（Social Determinants of Health）と呼ばれる。つまり、健康問題の解決や健康格差の解消には、単なる保健医療だけではなく、それ以外の分野との幅広い協働が必要とされるのである。

米国疾病予防管理センター（CDC）も単なる診療サービスから、健康なコミュニティ開発（Population Health Management）を促進しているが、社会・経済的な要因、住環境、健康習慣、医療環境が健康格差を生んでいることを指摘している。そのうえで、健康格差の解決には、住民、コミュニティ開発者、産業、教育、政府、篤志家、慈善団体、医療システム、公衆衛生、健康保険、非営利団体らが協力して、コミュニティに対して資源を投資することの重要性を唱えている。

2012 年に、AHA、国立公衆衛生研究所（Public Health Institute）らが全米の病院長を対象に実施した調査によると、85% の病院長は Population Health Management に関する調査や行動を取るべき

であると認識している。これは、コミュニティにおける健康格差を解消するにあたり、社会・経済的な要因を改善するために病院が成すべき役割が大きいと、病院自身が認識していることの裏返しといえる。ところが、89% の病院では、Population Health Management に関する予算を持ち合わせていないという（Health Research & Educational Trust 2015）。

#### ⑤オバマケアと健康なコミュニティ形成の政策融和

2010 年 3 月、患者保護及び医療費負担適正化法（Patient Protection and Affordable Care Act of 2010）、通称「オバマケア」が成立した。オバマケアは、無保険者の医療保険への加入を促すと同時に、医療費を抑制し、医療の質を向上することを目的に、米国における民間及び公的医療保険に影響を及ぼす歴史的な医療保険制度改革を目指した。一般的には、医療費の抑制、無保険者の医療保険加入といった政策目標が注目されているが、実はオバマケアには、健康なコミュニティづくりに向け、病院・医療機関の果たすべき役割を示す内容も含まれている。具体的には、免税資格を得ている非営利病院に対して、次の 4 つの新たな要求が課された。

- 定期的な Community Health Needs Assessment（CHNA）を実施する。
- 明文化された医療費支援や救急医療における方針を確立する。
- 医療費支援を必要としている人々への救急医療等の必要な医療に対しての請求額を限定する。
- 医療費支援が必要な個人に対して特別な請求を行う前に、その個人が病院の財政的支援を受けられるかどうか方針に照らして検討する。

8) 2016 年の参加者の就職率は 93% であった。http://www.partners.org/For-Employees/Workforce-Development/Community/Frequently-Asked-Questions.aspx 参照。

9) Dignity Health Web サイト https://www.dignityhealth.org/about-us/press-center/press-releases/dignity-health-announces-11-million-in-grants 参照。

特に注目すべきは、CHNA の実施である。各病院は、3 年ごとその評価によって特定された地域の健康ニーズを満たすための戦略を実践することが要求される。CHNA のアセスメントのプロセスには、コミュニティの重要なリーダーや影響力のあるメンバーによる評価や、さまざまな情報（例：健康のリスクファクターや生活の質、疾病の罹患率、健康に関する社会的要因、健康格差、公衆衛生システムの状況）が必要となる。これらデータを分析することによって、病院の運営の意思決定への寄与、健康の関心度合から事業の優先順位の決定、コミュニティの健康改善計画の発展、評価に繋げていく。なお、CHNA について、コンプライアンス違反があれば、施設ごとに年間 50,000 ドルの罰金が科され、さらに免税資格が取り消される可能性がある。

## 5. 病院・医療機関による 地域貢献の歴史的経緯とその特徴

本節では、診療サービスを主な使命とする病院・医療機関が、地域社会と連携したコミュニティ開発の取組みを意識するようになった歴史的背景について、非営利病院の免税資格要件の変遷に焦点を当てて整理する。

### ①非営利病院の税制優遇措置

歴史的に米国の非営利病院は、地域コミュニティ全体の健康をサポートする公共機関としての機能が認められ、様々な税制上の優遇を受けてきた。1913 年、合衆国憲法修正第 16 条の確定後、所得税と法人税は恒久税となり、以降は連邦法において、公的な目的のために組織・運営される団体に対しては、特例が認められてきた。1917 年には、慈善団体 (Charitable Organization) への寄付 (Contribution) は、法人所得税における損金算入、個人所得税における所得控除が認められているため、当該団体が寄付金を得るための重要なインセンティブとなっている (Fox et al. 1991)。非営利病院にとって最もありがたい税の優遇措置は、連邦法である「内国歳入法典」501 条 (c) (3) 項に適格な公益増進団体「パブリック・チャリティ」として認められれば、連邦所得税の免税

資格を得る点にある。さらに通常は、州や地方政府が課す税 (州所得税、売上税、財産税など) からも免除され、特に固定資産税の免除は、病院経営上大きなメリットとなる。

### ②コミュニティ・ベネフィット基準：無料診療提供義務の導入と撤廃

1956 年、IRS は内国歳入法典の改正を行った。非営利病院が「財務健全性を損なわない範囲 (財務能力基準：Financial Ability Standard)」で医療費支払能力のない貧困者への無料あるいは減額診療 (Charity Care, 慈善診療) を実施することを要件に、501 条 (c) (3) の適格団体として認定し、免税資格を与えた。ところが、1965 年、民間の医療保険に加入できない低所得者層や身体障害者向けの公的医療制度 (メディケイト、メディケア) が導入された。非営利病院にとって、この制度導入が結果的には貧困者への無料診療の需要が減少に繋がり、ひいては免税資格の維持が困難になるとの懸念へとつながった (GAO 2008)。1969 年、非営利病院の免税資格の要件から貧困者への無料医療提供義務が撤廃された。その代替として、IRS は非営利病院が免税資格を維持する要件として「コミュニティ・ベネフィット (Community Benefit)」と称する近隣地域への便益供与を義務付けた。IRS が示したコミュニティ・ベネフィット基準のガイドラインは、実に広義かつ抽象的なもので、制度が期待する便益の具体例が列挙されたものではなく、次の 5 つの要件が示されたのみである。

- 地域住民代表が加わる理事会を設置する。
- 雇用の有無に関わらず適切な能力を有する医師に対して患者を入院させ院内で治療することのできる権利を提供 (オープン・スタッフ制) する。
- 診療費の支払能力の有無に関係なく全ての患者を受け入れる救急救命施設を運営する。
- 私費、公的保険、民間医療保険など支払能力のある患者への救急以外の医療を提供する<sup>10)</sup>。

- ・慈善治療を医学研究を実施する。

これらの要件は、病院にとってみれば実現が困難なものではなく、事実上、容易に非営利病院の免税資格を得ることが可能となった。更に1983年には、上記の3番目の要件である救急救命施設を持たない非営利病院が、他の4つの要件を満たす場合にも免税資格を与える緩和措置が行われている<sup>11)</sup>。1969年に非営利病院への免税資格要件である無料医療提供義務を撤廃したIRSの期待に反し、1990年代になると米国の無保険者問題は深刻さを増していった。加えて、先のコミュニティ・ベネフィット制度の緩和措置は、2000年代に入り、連邦議会や州・地方議員からも疑問が呈されるようになる。2002年には、連邦議会の予算局 (Congressional Budget Office) が、納税者の寄付金控除を含む非営利病院への免税措置の規模を126億ドルと試算している<sup>12)</sup>。2006年5月に開催された連邦下院歳入委員会の公聴会において、連邦所得税、州・地方政府の固定資産税などの非営利病院に対する免税措置の是非について審議された。2008年には、*Wall Street Journal* 誌が非営利病院の77%が黒字経営なのに対し、納税義務を果たしている営利病院が61%に留まっている点を疑問視している<sup>13)</sup>。

### ③コミュニティ・ベネフィット基準の改正とオバマケアとの連動

2008年、非営利病院は免税規模に見合った地域貢献が足りないとの批判に対応する形でIRSは、非営利病院に与えられる免税資格の審査基準を改めた。年間総収入25,000ドルを超える501条(c)(3)の適格団体は、年次免税申告書「FORM

990」を毎年IRSに提出することになった。FORM 990には、活動計算書、貸借対照表、事業目的・成果、理事会・幹部名簿など、非営利団体に関する一連の情報が収載され、これらの情報は公示される。IRSは、このFORM 990に、コミュニティ・ベネフィット活動の内容と関連する支出を報告する義務を課し、免税資格の審査資料とした。

それから2年後の2010年、オバマケア法案「医療保険改革法 (The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010, PPACA)」の成立に伴い、健康問題の解決や健康格差の解消に向けた戦略的な計画の策定とその評価 (CNHA)、医療費支援のポリシーの策定とその評価といった4項目の報告義務がFORM 990内に課せられた。また2011年には、FORM 990の改訂が行われ、コミュニティ・ベネフィット活動について、更に細かな実績と関連支出を記載する申告項目 (Schedule H) が付加されている。

表2は、Schedule Hの申告項目の抜粋であるが、Part 1～5の5部構成となっており、総合的な評価で非営利病院の免税資格が評価される。特に現状では、従来からの慈善治療、減額治療、メディケイドなどの公的保険制度からの原価割れに伴う病院の費用負担といった病院の経済的支援の実績、並びにコミュニティの健康改善 (Community Health Improvement) 活動、医療専門人材への教育、地域の健康フェアなどへの支援等の実績を示す「Part 1: 経済的支援とコミュニティ・ベネフィット活動費用」が主な評価対象といえる。なお、コミュニティの健康改善活動についてIRSは、「コミュニティの健康を改善するために医療機関によって実施、あるいは支援された活動・プ

- 10) 救急以外の患者については、無保険者であれば診療を拒否してもよく、また救急患者においても、あくまでも救命救急室内での検査や処置に限定をしている (高山 2015)。
- 11) 更にコミュニティ・ベネフィットの要件を満たした場合でも、IRS がケースバイケースで審査を行って免税資格を与えるまでに制度が緩和された。Colombo et al. (2011) が詳しい。
- 12) 2011年課税年度では、非営利病院全体の免税措置の規模は約246億ドルに及ぶという調査結果がある (Rosenbaum et al. 2016)。
- 13) 連邦議会での審議とは別に、州レベルでは独自のコミュニティ・ベネフィット規制法が相次いで成立している。1990年のニューヨーク州に始まり、ユタ州、テキサス、カリフォルニア、メリーランドなどの11州で規制法が成立した。特にテキサスでは、州税の免除要件として、慈善治療は純利益の4%以上、コミュニティ・ベネフィット活動は1%支出するという数値目標を定めた。その結果、法施行後、慈善診療支出は1.5倍に増加したという。Carreyrou et al. (2008) 参照。



表2 FORM 990 Schedule H の申告項目（抜粋）

<b>Part 1 経済的支援とコミュニティ・ベネフィット活動費用</b>	
①医療費の経済的支援（慈善治療、減額治療など）	
②メディケイドからの支払いの原価割れによる病院負担分	
③その他政府プログラム関連の経済的支援	
④その他の活動（コミュニティの健康改善活動、医療専門職への教育、健康サービスへの協賛、研究、その他健康向上のための活動への資金支援・現物支給、その他）	
<b>Part 2：コミュニティ構築活動</b>	
①施設・設備と住宅面の改善	住民の健康に有害な建築材料の撤去、近隣施設、公園等の整備、高齢の低所得者向けの住宅整備
②経済の発展	人口減少地域での中小企業支援、高失業率地域での雇用創出
③コミュニティの支援	保育やメンタープログラム、暴力防止、災害準備・公衆衛生緊急事態への対応、疾病監視など
④環境の改善	コミュニティの健康を阻害する環境上の危険除去、大気や水質汚染対策、ごみの安全な廃棄措置
⑤リーダーの育成とコミュニティメンバーへの訓練	紛争解決、市民・文化・言語スキル向上のためのプログラム、医療通訳者の育成
⑥協調体制	地域連合への参加、コミュニティの健康と安全に取り組む他団体との連携
⑦コミュニティの健康改善運動	公衆衛生、医療サービスへのアクセス、住宅、環境、交通網などを保護・改善するための諸活動
⑧労働力開発	医療過疎地域における医師や医療従事者の募集活動、教育機関と連携した医療専門家の育成と雇用
⑨その他	
<b>Part 3 貸倒費用、メディケアの実績、回収業務</b>	
<b>Part 4 マネジメント会社とジョイントベンチャー企業への関与</b>	
<b>Part 5 病院施設の現況</b>	

出典：IRS FORM 990 Schedule H の記入要綱から筆者作成

ログラム」及び「入院または外来収入を生み出さない活動」と定義している。

#### ④コミュニティ・ベネフィット活動の経済規模

2015年にIRSが公表した資料によると、2011年課税年度における経済的支援の実績は、Part 1関連支出の55%を占める35億ドルで、コミュニティの健康改善活動支出は27億ドル弱である。非営利病院（免税病院）の総運営支出5,560億ドルに対するPart 1関連の支出の割合は9.67%となった（IRS 2015）。

AHAとErnst & Young（EY）が共同で実施した調査によると、2009～2011年の3課税年度に

おける会員病院の総運営経費に対するPart 1の支払実績の比率は、それぞれ8.4%、8.2%、8.9%と、年々増加傾向が見られる。同調査では病院の病床数、ロケーション（都市、地方）、病院種類（総合、小児、研修型、緊急時対応）別に実績を示しているが、運営支出3億ドル以上の大規模でかつ都市型の病院の支出が多い傾向にある。病院の種類別では小児病院の支出が際立って多く、2011年実績では15.5%、次いで研修型病院が10.2%となっている。経済的支援の支出規模をみると、総運営経費比5.7%、5.7%、6.1%であり、IRSが示した2011年の実績（55%）よりも、経済的支援の支出が占める割合が高い（68%）結果

となった (Ernst & Young 2014)。いずれにせよ、現状、コミュニティ・ベネフィット活動は、経済的支援によって多くが支えられている。

#### ⑤コミュニティ健康改善とコミュニティ構築活動

Schedule H の Part 2 には、「コミュニティ構築活動 (Community Building Activities)」の申告項目が導入された。具体的には、健康なコミュニティづくりに必要とされる施設・設備や住宅環境の改善のための支出、人口減少地域における中小企業支援、環境改善活動、医療関連人材の育成に費やした支出など、まさに「健康の社会的決定要因」の改善に関連する活動である。これには、Part 1 のコミュニティ健康改善とは別に、非営利病院には地域密着型の支出を通じた健康なコミュニティづくり、健康格差の是正を目指す IRS 側の意欲がうかがえ、病院には、経営資源をコミュニティ再生、地域経済振興に資するように分配し、地域貢献を通じて免税資格の正当性を確保することが期待されている表れである。ところが、IRS からコミュニティ構築活動の実績を示す資料を公表していないことから全体規模の把握が難しい。加えて、この分野での研究、分析が進展を見せていないことが課題との指摘もある (Bakken et al. 2015)。但し、前述の AHA (2017) と Ernst & Young (2014) の調査によれば、2009～11 課税年度における病院の総運営経費に占めるコミュニティ構築活動支出の比率は、それぞれ 0.1、0.1、0.2% に留まっているのが実情である。

### 6. 検討と含意

これまでみてきたように、内国歳入法上の公益増進団体として認定され、免税資格を得た非営利病院は、地域に対してコミュニティ・ベネフィットを提供しなければならない。1956 年に、医療費支払能力のない貧困者への慈善治療を主とした経済的支援を実施することを要件に、501 条 (c) (3) の適格団体として認定し、免税資格を与えた。以降、数度の制度改正があったが、非営利病院は、医療費の経済的支援を中心とした地域貢献を続けている。

近年、人間の健康状態や健康寿命の差は、ライ

フスタイルや生活環境、保健医療の違いなど、社会、経済、政治、環境などの条件に影響されることが国際的な理解となっている。これを踏まえ、2010 年の「オバマケア」成立を境に、非営利病院は、地域コミュニティの総合的な健康促進を戦略的に実施する主体として位置付けられている。非営利病院の免税資格は、従来の貧困者向けの経済的支援だけではなく、病院活動から生まれる資産・資源を、経済振興、コミュニティ再生にも活用することが要件となった。

病院、医療機関の第一義的使命は、質の高い医療やサービス提供にある。病院、医療従事者にとっては、医療サービスという公共性かつ地域性の高い業務に従事し、サービスを安定・安全に提供することも地域貢献であるという自負があったと推察される。

2010 年に実施された免税措置要件の改正で、非営利病院の免税資格の要件に、コミュニティ構築活動という健康なコミュニティづくりに必要とされる施設・設備や住宅環境の改善のための支出、人口減少地域における中小企業支援、環境改善活動、医療関連人材の育成といったコミュニティ構築に取り組んだ実績と支出を申告することが義務付けられた。つまり、非営利病院は、地域に貢献する組織として安定的に良質な医療サービスを提供することを基本姿勢としつつ、患者、地域社会、行政、民間企業らの意識や価値観の変化にも対応する行動が求められている。ところが、2009～11 課税年度における非営利病院の総運営経費に占めるコミュニティ構築活動支出の比率は、0.1～0.2% に留まっており、依然として診療費の経済的支援が非営利病院による経済的な地域貢献の大半を占めている。

以上をもとに、本稿が明らかにすることは、第一に、国際社会や法制度が期待する病院を中心とした健康なコミュニティ形成に対し、非営利病院がなすべき経済的な地域貢献はほとんど浸透していないこと。第二に、法制度が目指すとする地域貢献の範囲が、患者や貧困者個人から周辺地域全体へと拡大している。このコンテキストに沿えば、現状の医療費の経済的支援を主とする地域貢献は、コミュニティ全体ではなく、どちらかとい

えば受益者個人への貢献に留まっていると考えられる。

また、本稿の展開を通じて生まれた課題についても指摘しておきたい。本来、オバマケアの導入の効果として、無保険者数の減少が期待された。病院側にとっては、現状負担している慈善治療等の医療費支援費用の軽減に繋がるはずである。健康に関する社会状況と病院が免税措置から得る税制上の優位性を考えれば、地域の健康改善への支出に関する公的な関心は、今後更に大きくなるだろう。加えて、全米85%の病院長が、健康なコミュニティの構築に関心があるものの、その一方で9割近くの病院が十分な予算がないという調査結果を紹介した。この課題に対する研究は、今後とも継続して取り組むこととしたい。

非営利病院を取り巻く外部環境の変化、特にコミュニティ構築活動と健康なコミュニティづくりへの期待、オバマケアの導入は、非営利病院がAI戦略を取り入れる萌芽として見るができる。AI戦略を病院運営に組み入れることで期待される効果は、Zuckerman (2013) も指摘するように、①今日期待される病院の使命の明瞭化、②コミュニティと病院双方に及ぶ経済的利益の生産、③コミュニティ・ベネフィット要件を満たす地域支援、④病院に対する免税措置を正当化しつつ、地方自治体への財政負担の低減、が考えられる。

#### 参考文献

遠藤久夫 (2006) 「医療と非営利性」 田中滋・二本立編 著『保健・医療提供制度』、勁草書房、pp.47-79.  
菅野峰明 (2009) 「サンベルト現象後のアメリカ合衆国南部」『地理空間』、2(2)、pp.79-98.  
高山一夫 (2008) 「米国非営利病院の公益性に関する考察 (1)：コミュニティ・ベネフィット基準をめぐる政策論争を中心に」『京都橘大学研究紀要』、(34)、pp.177-195.  
高山一夫 (2015) 「医療保険と医療のセーフティネット：米国オバマケア改革とセーフティネット医療機関の役割を中心に」『立命館産業社会論集』、51(3)、pp.25-36.  
矢ヶ崎典隆 (1990) 「アメリカ合衆国における農業地域の変貌」『横浜国立大学人文紀要第一類』、(36)、pp.1-17.

American Hospital Association (AHA, 2011) *Economic Contribution of Hospitals Often Overlooked*, June, pp.1-2.  
AHA (2012) *Managing Population Health: The Role of the Hospital*, Health Research & Educational Trust, Chicago: April. Accessed at [www.hpoe.org](http://www.hpoe.org).  
AHA (2017) "Fact on US Hospitals," Available at <http://www.aha.org/research/rc/stat-studies/101207-fastfacts%20with%20picture%202017.pdf> (Accessed on Sept 25, 2017).  
Anchor Institutions Task Force (2015) *Anchor Institutions Task Force Literature Review*, vol.1, Marga Inc.  
Axelroth, R. & Dubb, S. (2010) "The Road Half-Traveled: University Engagement at a Crossroads," The Democracy Collaborative at the University of Maryland.  
Bakken, E., Kindig, D., & Boufford, J. I. (2015) "What 'Community Building' Activities Are Nonprofit Hospitals Reporting as Community Benefit?" *American Journal of Public Health*, 105(6), e10-e10.  
Benson, L., Harkavy, I., & Puckett, J. (2000) "An Implementation Revolution as a Strategy for Fulfilling the Democratic Promise of University-community Partnerships: Penn-West Philadelphia as an Experiment in Progress," *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 29(1), pp.24-45.  
Carreyrou, J. & Martinez, B. (2008) "Nonprofit Hospital, Once For the Poor, Strike It Rich With Tax Breaks, They Outperform For-Profit Rivals," *Wall Street Journal*, April 4.  
CEOs for Cities (2010) *How To Behave Like An Anchor Institution*, A White Paper by CEOs for Cities with Living Cities.  
Colombo, J., Griffith, G., & King, J. (2011) "Overview of Federal Tax Exemption for Nonprofit Hospitals and Other Health Care Providers: Charity Care for Nonprofit Hospitals," *A Legal and Administrative Guide*, New York: Aspen Publishers.  
Crossley, M. (2016) "Health and Taxes: Hospitals, Community Health and the IRS," *Yale Journal Health Policy, Law & Ethics*, 16(1), pp.1-49.  
Ernst & Young (2014) *Results from 2011 Tax-Exempt Hospitals' Schedule H Community Benefit Reporting*, Prepared by Ernst & Young LLP for the American Hospital Association.  
Fox, D. M., & Schaffer, D. (1991) "Tax Administration as Health Policy: Hospitals, the Internal Revenue Service, and the Courts," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16: 2, pp.251-279.

- General Accounting Office (GAO, 2008) "Nonprofit Hospitals: Variation in Standards and Guidance Limits Comparison of How Hospitals Meet Community Benefit Requirements," Report to the Ranking Member, Committee on Finance, U.S. Senate.
- Harkavy, I. R., & Zuckerman, H. (1999) *Eds and Meds: Cities' Hidden Assets*, Washington, D. C: Brookings Institution, Center on Urban and Metropolitan Policy.
- Harkavy, I., Hartley, M., Hodges, R. A., Sorrentino, A., & Weeks, J. (2014) "Effective Governance of a University as an Anchor Institution: University of Pennsylvania as a Case Study," *Leadership and Governance in Higher Education*, (2), pp.98-116.
- Health Research & Educational Trust (2015) Approaches to Population Health in 2015: A National Survey of Hospitals. Accessed at [www.hpoe.org/pophelthsurvey](http://www.hpoe.org/pophelthsurvey).
- Heymann, J., & Magda, B. (2014) *Ensuring a Sustainable Future: Making Progress on Environment and Equity*, New York: Oxford University Press.
- Initiative for a Competitive Inner City (ICIC, 2002) "Leveraging Colleges and Universities for Urban Economic Revitalization: An Action Agenda," A Joint Study by Initiative for a Competitive Inner City (ICIC) and CEOs for Cities.
- Internal Revenue Service (IRS, 2015) Report to Congress on Private Tax-Exempt, Taxable, and Government-Owned Hospitals, Washington, D.C: Internal Revenue Service.
- IRS (2014) *Additional Requirements for Charitable Hospitals; Community Health Needs Assessments for Charitable Hospitals; Requirement of a Section 4959 Excise Tax Return and Time for Filing the Return*.
- Larner, L. (2016) "Health Policy Brief: Nonprofit Hospitals' Community Benefit Requirements," *Health Affairs*, February 25.
- McKee, G (2010) "Health-Care Policy as Urban Policy: Hospitals and Community Development in the Postindustrial," *Working Paper Series Center for Community Development Investments*, Federal Reserve Bank of San Francisco.
- National Center for Health Statistics (2017) *Health, United States, 2016, With Chartbook on Long-term Trends in Health*, Hyattsville, MD.
- Poethig, E. C., & Pindus Nancy M. et al. (2015) "Striking a (Local) Grand Bargain: How Cities and Anchor Institutions Can Work Together to Drive Growth and Prosperity," The National Resource Network.
- Porter, M. E. (1995) "The Competitive Advantage of the Inner City," *Harvard Business Review*, 73(3), pp.55-71.
- Rosenbaum, S. (2016) "Hospitals as Community Hubs: Integrating Community Benefit Spending, Community Health Needs Assessment, and Community Health Improvement," *Economic Studies at Brookings*, No.5, Washington, D. C: Brookings Institution.
- Rosenbaum, S. J., Byrnes, M., Rothenberg, S., & Gunsalus, R. (2016) *Improving Community Health through Hospital Community Benefit Spending: Charting a Path to Reform*, Milken Institute School of Public Health, George Washington University.
- Rubin, D. B., Singh, S. R., & Jacobson, P. D. (2013) "Evaluating Hospitals' Provision of Community Benefit: An Argument for an Outcome-based Approach to Nonprofit Hospital Tax Exemption," *American Journal of Health*, 103(4), pp.612-616.
- Serang, F., Thompson, J. P., & Howard, T. (2013) *The Anchor Mission: Leveraging the Power of Anchor Institutions to Build Community Wealth*, College Park: The Democracy Collaborative at the University of Maryland.
- Singh, S. R., Young, G. J., Lee, S. Y., Song, P. H., & Alexander, J. A. (2015) "Analysis of Hospital Community Benefit Expenditures' Alignment with Community Health Needs: Evidence from a National Investigation of Tax-exempt Hospitals," *American Journal of Public Health*, 105(5), pp.914-921.
- Taylor, H. & Luter, G. (2013) *Anchor Institutions: An Interpretative Review*, Anchor Institutions Task Force.
- WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization (2008) *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report*, Geneva: World Health Organization.
- Wright, W., Hexter, K. W. & Downer, N. (2016) "Cleveland University's Circle Initiative: An Anchor-based Strategy for Change," Democracy Collaborative.
- Zuckerman, D., (2013) "Hospitals Building Healthier Communities: Embracing the Anchor Mission," The Democracy Collaborative at the University of Maryland.